

«точки разделения» – значение уровня исследуемых показателей, которое обеспечивает максимальные значения чувствительности и специфичности проводили по точке перегиба кривой (максимально удаленная точка от линии равновероятного прогноза, для которого показатели чувствительности и специфичности равны 50%). Оптимальной «точкой разделения» для эозинофилов, несущих CD23⁺IgE⁺ рецептор, является величина 73,01 кл/мкл. В этой точке чувствительность равна 82,31%, а специфичность составила 94%. AUC (площадь под кривой) составляет 0,91, что свидетельствует о высокой диагностической эффективности сформированной модели. При значениях эозинофилов, несущих CD23⁺IgE⁺ рецептор, 73,01 кл/мкл и более можно с высокой степенью достоверности говорить о наличии у пациента аллергической БА.

Выводы. Диагностическую ценность в показателях фенотипа эозинофилов представляет определение уровня эозинофилов, несущих CD23⁺IgE⁺ рецептор. При абсолютном значении этих клеток равном 73,01 кл/мкл и более и относительном значении 35,10% и выше можно с высокой степенью достоверности говорить о наличии у пациента эозинофильного фенотипа аллергической БА.

Литература:

1. Новикова, В.И. Гетерогенность аллергии при бронхиальной астме у детей / В.И. Новикова, П.Д. Новиков, Н.Д. Титова // Вестн. ВГМУ. – 2014. – № 13 (4). С. 110-116.
2. Global Initiative for asthma – NHLBI/WHO Workshop Report. National Heart Lung Blood Institute, updated 2016. [Electronic resource]. – 2016. Mode of access: www.ginasthma.org. – Date of access: 20.12.2017.
3. Чучалин, А.Г. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» / А.Г. Чучалин. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : Оригинал-макет, 2017. – 160 с.
4. Nam, Y.H. Comparison between skin prick test and serum immunoglobulin E by CAP system to inhalant allergens / Y.H. Nam., S.K. Lee // Ann Allergy Asthma Immunol. – 2017. – Vol. 118, № 5. – P. 608–613.

УДК 616.831-058.86-036.865:316.64

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Баркун Г.К., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Косенкова Е.Г., Потапова В.Е.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Медико-социальная значимость проблемы врожденных пороков развития, как одной из причин детской инвалидности, очевидна. Это обусловлено тем, что ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн. детей с врожденными аномалиями. При этом, чем ниже смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекций, тем выше удельный вес врожденных пороков развития [1-2]. Более того, в последние годы частота врожденных пороков в популяции увеличивается [1]. Учитывая выше изложенные данные, представляет интерес вклад врожденных пороков развития (ВПР) головного мозга в структуру заболеваемости и инвалидности детей в Витебской области.

Целью данного исследования явилось изучение медико-социальной значимости врожденных пороков развития головного мозга, как одной из причин детской инвалидности

Материал и методы. На 1 этапе проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 35 новорожденных с врожденными пороками развития (ВПР) головного мозга, находившихся на лечении в УЗ «Витебский областной детский клинический центр» в 2017 – 2018 годах.

На каждого ребенка составлялась индивидуальная карта по следующей схеме (блоки сведений):

1. Данные о медико-социальном статусе матери и семьи ребенка. Этот блок имел несколько разделов, отражавших состояние здоровья матери, влияние факторов внешней среды в ante- и интранатальном периодах, социальное окружение в раннем онтогенезе: А - социальный статус; Б - соматический статус; В - гинекологический анамнез, Г - акушерский анамнез; Д - наследственность.

2. Ранний анамнез ребенка: А - основные антропометрические данные ребенка при рождении; Б - оценка по шкале Апгар, основные неврологические синдромы, эффективность лечения, сопутствующая соматическая патология. Данные позволяли оценить течение периода новорожденности детей с ВПР головного мозга.

3. Течение восстановительного периода первого года жизни: А - данные динамического наблюдения за неврологическим и соматическим статусом ребенка; Б - данные инструментальных методов исследований на протяжении этого периода; В - виды используемых реабилитационных мероприятий и их эффективность.

Комплекс использованных лабораторно-инструментальных методов, наряду с анамнестическими данными и общеклиническими исследованиями позволял диагностировать и верифицировать морфофункциональный характер поражений головного мозга, а также проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями ЦНС и опорно - двигательного аппарата.

На 2 этапе (в 2018 – 2019 г.г.) изучен катамнез обследованных детей на основании анализа амбулаторных карт ф.112/у, консультаций невролога, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Результаты и обсуждение. Анализ антенатальных факторов риска (ФР) детей с ВПР головного мозга показал, что их матери относились к более старшей возрастной группе (средний возраст $26,9 \pm 0,8$ лет). Отягощенный гинекологический анамнез выявлен у 46% матерей. Они получали амбулаторную помощь или находились под наблюдением в стационаре в связи с угрозой прерывания беременности на ранних сроках (первый триместр); 20% матерей перенесли вирусную инфекцию, также преимущественно на ранних сроках, 10% опрошенных имели другие осложнения беременности (обострение хронических инфекций, в том числе пиелонефрит, артериальную гипертензию, болезни органов верхних дыхательных путей, гинекологические заболевания и т.д.). У 24% детей из числа обследованных, осложнений во время беременности не выявлено. Все дети родились доношенными и без асфиксии. Масса тела при рождении составляла от 2600 до 4150 г., длина тела – от 45 до 56 см; у 33 детей окружность головы в среднем составляла 35 см, у 3 детей (с врожденной микроцефалией) – 27 см; окружность грудной клетки в среднем была равна 33 см.

Врожденные пороки развития ЦНС диагностировались в период новорожденности. Все обследованные дети были разделены на следующие группы: 1. с агенезией мозолистого тела (18 детей); 2. с арахноидальной кистой (10 детей); 3. с врожденной микроцефалией (3 детей); 4. со спинно-мозговыми грыжами крестцово-поясничного отдела (4 ребенка).

При оценке неврологического статуса на момент осмотра у 5 детей с агенезией мозолистого тела патологии не было выявлено: мышечный тонус физиологичен, условно-рефлекторная деятельность развита соответственно возрасту. У 13 детей в клинике заболевания преобладал судорожный синдром. При оценке катамнеза в возрасте 1 года группа инвалидности установлена у 15 детей. Неврологический статус у детей с арахноидальной кистой характеризовался задержкой психо-моторного развития и судорожным синдромом. У 7 детей имелись двигательные нарушения. У одного ребенка из этой группы наблюдается сочетание арахноидальной кисты с синдромом Денди-Уокера. Семи детям из данной группы установлена детская группа инвалидности. У детей с врожденной микроцефалией в клинике преобладала задержка психического развития,

двигательные нарушения, судорожный синдром. У двух детей имелось сходящееся косоглазие. Все дети с данной патологией ЦНС имеют группу инвалидности. У троих детей со спинно-мозговыми грыжами крестцово-поясничного отдела наблюдался вялый парапарез ног с выраженными атрофиями мышц и трофическими расстройствами. У одного ребенка наблюдалась параплегия ног со сгибательными контрактурами в коленных суставах, деформацией стоп. У всех детей выявлены нарушения функции тазовых органов: истинное недержание мочи и кала. Всем детям установлена группа инвалидности.

Обследованные дети были переведены из родильных домов г. Витебска и области в учреждение здравоохранения «Витебский детский областной клинический центр» (УЗ «ВОДКЦ»), где им проводились полное клинико-инструментальное и лабораторное обследование (УЗИ, КТ головного мозга, спинно-мозговая пункция, консультация нейрохирурга и других специалистов). Дети со спинно-мозговыми грыжами крестцово-поясничного отдела были направлены для оперативного лечения в РНПЦ неврологии и нейрохирургии г. Минска.

После выписки из УЗ «ВОДКЦ» коррекция нарушений со стороны ЦНС осуществлялось на дому и в амбулаторных условиях. Организация реабилитационных мероприятий проводилась в двух направлениях: 1: общепринятые стандартные хорошо зарекомендовавшие себя медикаментозные и немедикаментозные методы коррекции и восстановительного лечения с использованием современных лекарственных средств и физиотерапевтических технологий; 2: метод лечебной (кондуктивной) педагогики, который успешно используется для коррекции стойких нервно-психических нарушений и социальной адаптации у детей старшего возраста и взрослых. В комплекс немедикаментозного лечения входили различные виды массажа, занятия на мяче, плавание, упражнения для тренировки зрения, глазодвигательных мышц, слуха, формирования правильной установки кисти, мелкой моторики рук и т.д. При проведении занятий постоянно осуществлялся эмоционально-речевой контакт мамы с ребенком.

Выводы.

1. Основными клиническими проявлениями врожденных пороков развития ЦНС являются судорожный синдром, задержка умственного развития, а также нарушение функции тазовых органов. У 29 детей (83%) установлена группа инвалидности.

2. Проводимая реабилитация не способна полностью восстановить утраченных функций со стороны ЦНС, а также полностью купировать неврологические нарушения.

3. Представленные данные диктуют необходимость создания государственной программы, ориентированной на пренатальную диагностику, прерывание беременности при грубых, несовместимых с жизнью аномалиях плода и экстренную хирургическую помощь новорожденным.

Литература:

1. Барашнев, Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей / Ю.И. Барашнев, В.А. Бахарев, П.В. Новиков. – Триада-Х 2004, 560 с.

2. Лиссойер, Т. Детские болезни / Т. Лиссойер, Г. Клэйден ; пер. с англ. ; под ред. Н.А. Геппе. – М. : Рид Элсивер, 2010. – 592 с.